

補装具費 (購入・修理) 支給申請書

令和 2 年 1 月 1 日

(宛先) 岡崎市福祉事務所長

(申請者)

※ 対象者が18歳未満の場合、申請者は保護者です。

住 所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏 名 岡 崎 太 郎 (印) 印

個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○

対象者との続柄 (本人)

電 話 2 3 - 6 1 1 3

次のとおり補装具費の支給 (購入・修理) を申請します。

また、費用の自己負担額決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 岡崎市		
	フリガナ 氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (個人番号)		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	40年 6月 15日	(41歳)
身体障がい者手帳	手帳 番号	愛知県 (岡崎市) ()	交付年月日	H15年3月20日
		第 01234567 号	障がい等級	1 級
障 がい 名	脳性麻痺による体幹機能障害 (座位不能)			
購入・修理を受け る補装具名	車椅子			
希望する 補装具 業 者	名称	○○製作所		
該当する所得区分	生活保護 ・ (低所得1・低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上			
世帯範囲の特例に 関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障がい者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
生活保護への移行 予防措置に関する 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防 (定率負担減免措置) を希望します。			
備 考				